

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 140.

# LA MORPHEE EN GOUTTES

(WHITE SPOT DISEASE)

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Juillet 1934*

PAR

**Jean-Abel-Paul VALAT**

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à ROQUECOURBE (Tarn), le 24 juin 1910.

|                        |   |                              |            |
|------------------------|---|------------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. PETGES, professeur.....  | Président. |
|                        |   | ABADIE, professeur .....     | Juges.     |
|                        |   | JOULIA, agrégé .....         |            |
|                        |   | DELMAS-MARSALET, agrégé .... |            |



BORDEAUX  
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ  
Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR  
6, Place Saint-Christoly

1934







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 140.

# LA MORPHEE EN GOUTTES

(WHITE SPOT DISEASE)

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Juillet 1934*

PAR

Jean-Abel-Paul VALAT

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à ROQUECOURBE (Tarn), le 24 juin 1910.

|                        |   |                              |            |
|------------------------|---|------------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. PETGES, professeur.....  | Président. |
|                        |   | ABADIE, professeur .....     | Juges.     |
|                        |   | JOULIA, agrégé .....         |            |
|                        |   | DELMAS-MARSALET, agrégé .... |            |

BORDEAUX  
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ  
Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR  
6, Place Saint-Christoly

1934

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

DOYEN HONORAIRE : M. SIGALAS.

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,  
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER, BEILLE, CASSAËT

## PROFESSEURS

|                                                 | MM.          |                                               | MM.        |
|-------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|------------|
| Clinique médicale.....                          | MAURIAC.     | Zoologie et parasitologie .....               | MANDOUL.   |
| id. ....                                        | DUPÉRIÉ.     | Médecine expérimentale .....                  | AUBERTIN.  |
| Clinique chirurgicale.....                      | CHAVANNAZ.   | Clinique ophtalmologique .....                | TEULIÈRES. |
| id. ....                                        | BÉGOUIN.     | Clinique chirurg. infantile et orthopédie..   | ROCHER.    |
| Pathologie et thérapeutiques générales...       | CARLES.      | Clinique gynécologique.....                   | GUYOT.     |
| Clinique d'accouchements.....                   | ANDÉRODIAS.  | Clinique méd. des maladies des enfants..      | CRUCHET.   |
| Anatomie pathol. et microscopie clinique.       | SABRAZÈS.    | Chimie biologique et médicale.....            | DELAUNAY.  |
| Anatomie.....                                   | VILLEMEN.    | Physique médicale et pharmaceutique....       | SIGALAS.   |
| Anatomie générale et histologie.....            | G. DUBREUIL. | Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. | BONNIN.    |
| Physiologie.....                                | PACHON.      | Clinique des malad. cutanées et syphilitiques | PETGES.    |
| Hygiène.....                                    | LEURET.      | Clinique des maladies des voies urinaires.    | DUVERGEY.  |
| Médecine légale et déontologie.....             | LANDE.       | Clinique des malad. nerveuses et mentales.    | ABADIE.    |
| Electroradiologie et clin. d'électricité médic. | RÉCHOU.      | Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....        | PORTMANN.  |
| Chimie.....                                     | CHELLE.      | Toxicologie et hygiène appliquée.....         | LABAT.     |
| Botanique et matière médicale.....              | GOLSE.       | Hydrologie thérapeutique et climatologie..    | CREYX.     |
| Pharmacie.....                                  | DUPOUY.      | Clinique dentaire .....                       | CAVALIÉ.   |

MM. MICHELLEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

|                        | MM.              |                                             | MM.        |
|------------------------|------------------|---------------------------------------------|------------|
| Anatomie.....          | DUBECQ.          | Chirurgie générale.....                     | CHARRIER.  |
| id. ....               | DUFOUR.          | id. ....                                    | LOUBAT.    |
| Physiologie.....       | FABRE.           | Obstétrique.....                            | RIVIÈRE.   |
| Médecine générale..... | DAMADE.          | Ophtalmologie.....                          | BEAUVIEUX. |
| id. ....               | PIÉCHAUD.        | Physique médicale .....                     | WANGERMEZ. |
| id. ....               | DELMAS-MARSALET. | Dermatologie et syphiligraphie.....         | JOULIA.    |
| id. ....               | DE GRAILLY.      | Oto-rhino-laryngologie.....                 | DESPONS.   |
| id. ....               | FONTAN.          | Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. | VITTE.     |

## COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                                                                 | MM.                     |                                          | MM.                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------|--------------------------|
| Médecine opératoire.....                                                                        | PAPIN.                  | Puériculture.....                        | FAUGÈRE.                 |
| Physiologie.....                                                                                | FABRE.                  | Démonstrations et préparations pharmac.. | M. VITTE.                |
| Pathologie médicale.....                                                                        | DELMAS-MARSALET.        | Zoologie et parasitologie.....           | R. SIGALAS.              |
| Accouchements.....                                                                              | RIVIÈRE.                |                                          |                          |
| Ophtalmologie.....                                                                              |                         |                                          | MM. CABANNES (en congé). |
| Ortopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. |                         |                                          | N.                       |
| Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle .....                    |                         |                                          | GOURDON.                 |
| id. ....                                                                                        | Clinique dentaire ..... |                                          | DELGUEL.                 |

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation.



A MA GRAND-MERE

---

A MA MERE

Gage de ma profonde affection.

---

A MON PERE

Je te dédie ce travail, trop  
faible témoignage de ma piété  
filiale.

---

A MA FIANCEE

MADemoisELLE MARGUERITE ESTEVE

---

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

---

A MES CAMARADES DE L'ECOLE ET DE LA FACULTE

---

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX  
DE BORDEAUX

---

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE  
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE  
ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine  
et des Troupes coloniales,  
Officier de la Légion d'honneur,  
Officier de l'Instruction publique.*

---

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

*Sous-Directeur à l'Ecole principale du Service de santé de la Marine  
et des Troupes coloniales,  
Officier de la Légion d'honneur,  
Croix de guerre,  
Officier de l'Instruction publique.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,  
Médecin des Hôpitaux.  
Officier de la Légion d'honneur,  
Croix de guerre,  
Officier de l'Instruction publique.*

Hommage respectueux et reconnaissant.

# LA MORPHÉE EN GOUTTES

(WHITE SPOT DISEASE)

---

## INTRODUCTION

---

Nous voulons remercier ici même M. le Professeur Petges, qui a bien voulu nous faire profiter de ses conseils et de sa grande expérience; qu'il nous soit permis de lui adresser toute notre profonde et respectueuse reconnaissance.

Ayant observé à la Clinique dermatologique un cas de morphée en gouttes, nous en avons fait le sujet de cette thèse. Nous nous proposons donc de rassembler les travaux publiés sur cette affection, espérant, grâce à leur concours, pouvoir présenter une étude complète et mise au point des conceptions actuelles.

Dans cette étude délicate, le plan suivant a été adopté :

- I. — *Historique*, avec quelques remarques sur la terminologie.
- II. — *Tableau clinique*, divisé en trois parties : la symptomatologie, les observations de morphée en gouttes, et l'énumération des diverses formes cliniques qui semblent pouvoir exister.
- III. — *Anatomie pathologique*.

- IV. — *Diagnostic différentiel*, avec en particulier la discussion des rapports possibles de cette affection avec les sclérodermies et le lichen plan scléreux atrophique.
- V. — *Etiologie et pathogénie*, domaine obscur sur lequel se sont surtout portés nos efforts, avec l'aide de notions récentes intéressantes.
- VI. — *Traitement*.
- VII. — *Conclusions*.
- VIII. — *Bibliographie*.
-

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE

---

Sans étudier en détail les origines de la morphée, on est frappé, en abordant son problème historique, de la longue carrière de ce terme médical. Dès l'antiquité, il qualifie un des stigmates de la lèpre, non sans contribuer à la confusion presque complète qui a longtemps existé entre cette maladie mal définie et les autres dermatoses. Un curieux article de MM. Dubreuilh et Bargues (La lèpre de la Bible, *Annales de dermatologie*, 1914) montre que la lèpre biblique (zaraath) n'est pas, peut-être, la lèpre au sens actuel, mais une série de dermatoses extensives et, en général, bénignes. Quand le terme de morphée apparaît, sa signification est, pendant des siècles, confuse, rattachée à telle affection, puis à telle autre; nombreuses furent les idées qui varièrent à son sujet; ce terme est pris surtout pour une variété du vitiligo (vitiligo gravior), et beaucoup plus souvent de la lèpre; d'ailleurs, cette façon de voir est encore citée par quelques auteurs. Ce n'est guère qu'à notre époque que son emploi devint plus précis, et si la conception varie au cours des siècles, la morphée moderne est certainement très différente de l'ancienne. C'est un Anglais, Erasmus Wilson, qui fait revivre cette ancienne dénomination pour l'appliquer à la sclérodermie en plaques. En somme, l'étymologie du mot morphée reste inconnue. Mais ce qui nous intéresse est la morphée en gouttes, qui peut être rattachée aux sclérodermies.

Le premier type de morphée en gouttes paraît avoir été

décrit par Unna, en 1894, sous le nom de *Kartenblattähnlicher* : sclérodermie « en carte de visite ». Les lésions observées par cet auteur allaient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille; elles affectaient surtout la poitrine, les épaules; ces régions montraient, en effet, de petites taches blanches, rondes ou ovales, avec un pourtour bleuté; elles étaient isolées ou confluentes, légèrement déprimées, etc. L'auteur classe ces lésions dans les sclérodermies, alors que les aspects microscopiques qu'il décrit ne correspondent pas aux cas de sclérodermies.

Puis Westberg décrivit des altérations circonscrites de la peau du dos et de la poitrine, blanches, maculeuses, atrophiques, voisines de la sclérodermie.

En 1903, Johnston et Sherwell créèrent la dénomination de « *white spot disease* », en englobant sous ce nom leur cas et l'observation antérieure de Westberg. Le mot de « *white spot disease* » (maladie des taches blanches), harmonieux et imagé, a été depuis adopté par les auteurs américains et anglais. Il a servi à décrire des affections variées ressortissant à la sclérodermie, et bien moins souvent au lichen plan. Nous verrons dans un instant ce qu'il faut en penser.

Depuis, sur le même sujet, des communications intéressantes ont été publiées : Sherwell, en 1904; Mac Leod, également en 1904; Montgomery et Ormsby, en 1907, dans un mémoire, discutent les relations de certaines morphées et du lichen plan scléreux atrophique. Ne forment-ils qu'une seule entité clinique ? La solution de ce problème n'apparaît pas très nette. Ces auteurs rapprochent deux observations de *white spot* et un cas de lichen plan scléreux et soulignent leurs analogies cliniques et histologiques, leurs différences aussi.

Juliusberg, en 1908, présente une observation personnelle; il différencie, au point de vue histologique, le *white spot* des macules atrophiques blanches du dos des acnéiques, qui sont consécutives à des folliculites, et il conclut que le *white*

spot disease représente vraisemblablement une sclérodermie circonscrite, et qu'elle répond à la forme appelée sclérodermie en carte par Unna. Il note, enfin, que certaines formes atrophiques de lichen plan sont difficiles à différencier.

M. Milian, en 1909, présente un cas de lichen plan atrophique à la Société de dermatologie. En lisant cette observation, nous sommes frappé de la ressemblance des signes de cette affection avec la morphée en gouttes; qui plus est, cette ressemblance n'est pas seulement clinique, mais encore histologique. Dans la discussion consécutive à la présentation, M. Darier a émis l'hypothèse d'un des diagnostics suivants : lichen plan scléreux, white spot disease, sclérodermie en carte de visite, lichen albus. Il s'agit, sans nul doute, d'un cas de morphée en gouttes. D'ailleurs, M. Milian, dans sa conclusion, range son cas, non pas dans la série du lichen plan, mais dans la série des atrophies cutanées primitives. A ce titre, il émet l'appellation de « leucodermie atrophique ponctuée », qui lui paraît résumer les principaux caractères cliniques de la maladie.

Dreuw, en 1910, publie une observation où il semble que nous avons un cas de morphée en gouttes conglomérées; l'auteur critique également le terme vague de « white spot ».

Enfin, en 1913, dans « un travail très documenté et décisif », dit M. Darier, M. Petges, en se basant sur la clinique et l'histologie, rattache la morphée en gouttes à la sclérodermie, la sépare du lichen plan scléreux, démontre son identité avec le white spot disease des Américains, ou tout au moins avec la plupart des cas décrits sous ce dernier nom. Après ce mémoire fondamental, il reste bien peu de choses à dire sur les caractères cliniques et histologiques de la morphée en gouttes et sur son diagnostic d'avec le lichen plan scléreux ou atrophique. Aussi, pour ne point tomber dans des redites inutiles, nous serons bref en ce qui concerne les notions bien acquises, et nous tâcherons, dans la mesure du possible, d'apporter les faits nouveaux qui gravitent autour de cette question.

Mac Kee et Wise, en 1914, font une revue détaillée des différents cas publiés, et leurs conclusions ressemblent à celles faites un an auparavant par M. Petges; ils considèrent, en effet, que tous les caractères récoltés peuvent être divisés en deux groupes : le groupe du lichen plan, le groupe des sclérodermies; ils voudraient également que le terme de white spot disease soit réservé à la morphée en gouttes.

Puis, après le mémoire de M. Petges, nous citerons l'article de M. Gougerot sur le lichen porcelanique (1916). Cet auteur s'occupe beaucoup de cette question; en 1926 d'abord, puis en 1933, il publie une série d'articles sur ce qu'il appelle la parakératose brillante ou atrophie brillante; enfin, récemment, il émet l'hypothèse d'une maladie lichéno-sclérodermique.

Jusqu'à ce jour, on trouve un certain nombre de communications françaises et étrangères (anglaises et américaines surtout). Il en sera fait mention au long de cet exposé, mais citons, en particulier, en France : MM. Gougerot, Pautrier et Woringer, Payenneville et Cailliau, Hudelo, Rabut et Civatte.

### *Quelques remarques sur la terminologie.*

Après ce bref aperçu historique, il est indispensable d'éclairer la terminologie de l'affection étudiée. On peut se demander si tous les termes appliqués à la morphée en gouttes (*morphæa guttata*) sont bien employés uniquement pour désigner cette affection.

Rappelons que Unna, en 1894, l'a décrite sous le nom de Kartenblattähnlicher (sclérodermie en « carte de visite »). Autrement intéressant est le terme de *white spot disease*, employé par les auteurs américains. M. Petges pense pouvoir le rattacher à la morphée en gouttes. Cela paraît vrai dans le plus grand nombre des cas, mais il faut faire remarquer que cette expression a désigné parfois le lichen plan atrophique. Comme le fait remarquer Dreuw, le terme de « white

spot » est vague, et le nom de taches blanches peut aussi bien être donné aux leucodermies quelconques qu'à certains nævi, qu'au vitiligo, qu'à la lèpre anesthésique, ainsi qu'au lichen plan scléreux. En réalité, le terme de « maladie des taches blanches » n'est pas mauvais, à condition de s'entendre sur la signification qu'on lui donne : de même le vague des termes comme leucoplasie, leucokératose de la langue a pris aujourd'hui un sens bien défini.

« La dénomination de « white spot disease », dit M. Petges, est imagée, excellente au point de vue symptomatique, car elle peint bien le caractère le plus frappant et le plus vite saisi de la sclérodermie en gouttes; nous proposons donc qu'elle soit réservée à celle-ci. »

En résumé, nous retiendrons, selon les auteurs français, comme synonymes les termes de :

morphée en gouttes (*Morphœa guttata*);

morphée circonscrite en gouttes;

white spot disease,

chacun de ces noms désignant la sclérodermie en gouttes. Rappelons, enfin, le terme de « leucodermie atrophique ponctuée », créé en 1909 par M. Milian.

---

## CHAPITRE II

### TABLEAU CLINIQUE DE LA MORPHEE EN GOUTTES

---

Cette étude comprendra :

- 1° la symptomatologie;
- 2° quatre observations, dont une inédite;
- 3° les formes de morphée en gouttes.

#### I. — *Symptomatologie.*

Nous nous servirons, pour tracer cette description type, des différents traités qui en font mention, du cas observé à la Clinique dermatologique, et, surtout, de l'article de M. Petges.

La morphée en gouttes se voit plutôt chez les femmes : sur 22 cas dont le diagnostic est certain, nous avons trouvé 16 femmes pour 6 hommes. Ce sont surtout des malades jeunes : entre 15 et 35 ans. Dans un cas de M. Hudelo, il s'agissait d'une fillette de 5 ans; dans un cas de Barber, d'un homme de 54 ans. Les lésions ont un siège de prédilection qui peut être fixé ainsi qu'il suit : le haut de la poitrine, le cou, la nuque, les épaules et les régions périgénitales; aussi certains auteurs emploient les expressions de « lésions en pèlerine », en « collier ». Un malade de Savatard avait des lésions sur tout le corps, sauf aux mains, à la plante des pieds, à la face et au cuir chevelu.

L'apparition de la lésion est souvent précédée de troubles vaso-moteurs se traduisant par le développement de taches rouges ou violacées persistantes, donnant parfois une légère desquamation et un léger prurit; très rarement, le prurit est

intense; le plus souvent, il est nul; les lésions s'établissent lentement, en général sans phénomènes fonctionnels; les malades éprouvent parfois, lorsqu'elles sont en grand nombre, une sensation de raideur, de corps étranger plaqué à la surface de la peau.

Le début peut aussi se faire par un point corné, blanchâtre, péripilaire, qui prend peu à peu de l'extension, se teinte d'une coloration blanchâtre et forme ensuite une macule blanche affectant la dimension d'une tête d'épingle, et à contours arrondis; les bords sont légèrement surélevés, le centre est parfois cupuliforme. Au toucher, on a une sensation analogue à celle que l'on recueille en passant le doigt sur une surface rugueuse et sèche. Un autre caractère est assez frappant : c'est la couleur de la plaque, qui est d'un blanc porcelanique.

A la période d'état, l'aspect est caractéristique. On aperçoit sur les régions atteintes une éruption d'éléments lenticulaires atteignant la dimension d'une lentille ou d'une petite pièce de monnaie. Leur nombre, très variable, peut parfois être très élevé, et va croissant durant un certain temps. Leur étendue s'agrandit aussi, puis s'arrête aux limites fixées.

Si on gratte énergiquement avec l'ongle l'une de ces taches, on arrive à détacher une squame unique, de consistance épaisse, parcheminée, blanche et opaque, ayant presque l'étendue de l'élément qu'elle recouvrait. Cette squame enlevée, la surface de la tache apparaît parcourue par une arborisation de fins vaisseaux visibles à la loupe.

Autour de chaque élément, il existe, en général, une ligne de couleur rose violacé et un peu plissée qui l'encercle; sa largeur est minime, elle peut être distinguée à l'œil nu. Les auteurs anglais, se basant sur cette teinte rose violacé, lui ont donné le nom de « *lilac-ring* ». En dehors d'elle, la peau est immédiatement saine et normale.

A une période plus avancée, les lésions prennent peu d'extension; la limite est toujours régulière et précise; tout

autour, le même « lilac-ring » existe; toutefois dans les taches anciennes il devient brunâtre. Ces lésions anciennes ne donnent pas la sensation de relief; seule, la bordure est un peu saillante et comme sertie. Le fond de la tache est légèrement déprimé; sa couleur est la même que précédemment.

On trouve sur l'élément quelques points cornés péripi-laires, qui affectent une coloration plus foncée; ces bouchons cornés, au nombre de trois à six, sont centrés par des bouquets de poils duveteux.

En somme, l'aspect des lésions est assez identique à ces différents stades. Les éléments, même dans les régions les plus atteintes, ne fusionnent jamais, et un minime espace de peau saine les sépare. Signalons enfin qu'il n'existe pas de prurit; de plus, le reste du territoire cutané est sain, et il n'existe pas la moindre trace de lichen plan sur la peau ni sur les muqueuses, mais parfois on relève des bandes de sclérodermie.

L'évolution de la morphée en gouttes est variable. Souvent elle disparaît spontanément après un temps fort long. La régression ne se fait pas en bloc, mais en quelques points à la fois; on remarque en certains endroits des lésions guéries qui créent une macule de couleur blanc mat, atrophique, lisse, dépilée, cupuliforme, souple et douce; quelquefois l'assouplissement de la plaque coïncide avec l'apparition de télangiectasies superficielles. Rappelons à titre de particularité que Politzer, en 1917, a pu observer un cas dans lequel, à la suite de la régression des lésions de morphée, il s'est produit une calcification et même une ossification partielle de la peau.

Tel est le tableau clinique et évolutif de la morphée en gouttes. Voyons maintenant quelques observations. Pour ne pas surcharger ce travail, il a paru inutile de copier toutes les observations publiées, et nous avons choisi dans le nombre les plus caractéristiques, permettant de mettre bien en évidence les caractères du syndrome étudié.

## II. — *Observations.*

### OBSERVATION I (Inédite).

(Observation résumée de « white spot disease »,  
due à l'obligeance de M. PETGES.)

Juin 1933 : Mme X..., habitant dans les Basses-Pyrénées, âgée de 24 ans, couturière.

*Antécédents héréditaires et collatéraux.* — Père vivant, bien portant, 61 ans. Mère vivante, bien portante, 53 ans; deux enfants, pas de fausse-couche. Une sœur bien portante, présentant du décollement idiopathique des ongles.

*Antécédents personnels.* — Mari vivant, bien portant. La malade n'est mariée que depuis quelques mois; pas de signes de grossesse. Rougeole et varicelle dans l'enfance. Aucun antécédent pulmonaire, ne tousse, ni ne crache. Bien réglée; règles régulières et non douloureuses depuis l'âge de 13 ans 1/2. Pas de frilosité, pas d'asthénie, appareil pileux normal.

*Histoire de la maladie et état actuel.* — Début, il y a cinq ans, par l'apparition sur la peau de taches blanches; aucun phénomène général ou local préalable, aucun prurit. Les premières taches surviennent au niveau de la face externe du bras droit, puis le long du bord radial de l'avant-bras. Par la suite, les mêmes lésions surviennent sur la face externe de la partie supérieure de la cuisse droite, la région de l'omoplate droite, la région mammaire externe droite. Par endroits, il existe des plaques de sclérodermie caractéristiques.

Quelle que soit la localisation de ces lésions, l'aspect analytique est le même. Leur groupement forme des sortes de plaques au niveau desquelles la peau est plus tendue et plus luisante que normalement, donnant cependant à la palpation une certaine sensation d'hypotrophie. En pinçant en masse, on obtient un certain plissement superficiel. Ces plaques, dans l'ensemble, présentent un degré de pigmentation plus marqué que sur la peau voisine. Elles sont parsemées de taches blanches, luisantes, por-

celaniques, atrophiques, non squameuses, souvent légèrement déprimées, et dont la dimension n'excède pas en moyenne 2 millimètres de diamètre. Cependant, par endroits, la confluence de plusieurs points blancs atrophiques forme des taches à contours irréguliers de 1 à 2 cm<sup>2</sup> de surface. Il n'existe pas autour de ces taches de lilac-ring; mais on note par endroits — et ceci est particulièrement marqué au niveau du bras droit — certains points atrophiques de coloration rosée.

Toutes ces lésions évoluent lentement et d'une façon tout à fait insidieuse. Aucune douleur; le prurit est très rare, sinon très léger.

Il semble que ces taches évoluent, après un stade de blancheur, vers une atrophie plus accentuée, qui laisse une dépression cicatricielle taillée à pic, et où la peau est hyperpigmentée. Notons la prédominance des lésions à droite. On ne trouve à gauche qu'un petit placard débutant sur la cuisse et sur la face antérieure de l'avant-bras.

*Etat général.* — Mme X... a les apparences d'une excellente santé, florissante, alerte, vaillante, travaillant beaucoup, sans aucun signe pulmonaire ou de tout autre appareil permettant de déceler la tuberculose. Elle ne tousse pas et ne crache pas. Il n'a pas encore été possible de procéder à des examens complémentaires : réaction à la tuberculine, etc., la malade n'étant venue à la consultation que toujours pressée de reprendre le train et n'ayant pu encore promettre de revenir à quelques jours d'intervalle.

*Examens de laboratoire* (par M. le Prof. Labat) :

Calcémie en juin 1933 : 136 milligrammes;

Puis en novembre 1933 : 145 milligrammes.

*Examens histologiques* (par M. le Dr Mougneau). — Une biopsie de la peau a porté sur la face externe du sein droit.

Après coloration à l'hématéine-éosine, on trouve un épithélium mince, festonné, comprenant quatre ou cinq assises de cellules; quelques petits golfes épidermiques assez profonds. Les cellules épithéliales ont conservé leurs caractères morphologiques

normaux. Elles s'appuient sur un chorion dense, hypertrophique, avec processus de fibrose net. Des glandes sébacées sont envahies par du tissu conjonctif et étouffées; ce tissu conjonctif est pauvre en cellules. Il fait çà et là une métachromasie avec l'éosine. De petits îlots inflammatoires (lymphocytes) se rencontrent au voisinage des glandes sébacées, des poils, et surtout autour des vaisseaux, dont le calibre est très rétréci et généralement masqué par l'infiltrat. Métaplasie régressive de certaines glandes sébacées et des glandes sudoripares. Les coupes colorées par l'orcéine acide montrent que les fibres élastiques sont peu modifiées; elles ne sont pas raréfiées dans ce cas, mais tenues et fragmentées par endroits, d'aspect normal en d'autres points.

*En résumé* : Atrophie de l'épiderme; sclérose dermique très marquée avec phénomènes d'endo et périvascularite; atrophie avec métaplasie régressive des poils, des glandes sébacées et des glandes sudoripares. Ilots inflammatoires disséminés; lésions caractéristiques des troubles sclérodermiques.

Septembre 1933 : Après un traitement avec des extraits polyglandulaires F et du sirop iodotannique phosphaté, on ne constate aucune modification des lésions, ni en plus, ni en moins. La cicatrice de la biopsie est devenue chéloïdienne.

La malade est soumise au traitement de R. Leriche et A. Jung (Le chlorure d'ammonium dans la thérapeutique de la sclérodermie, *Presse médicale*, 1<sup>er</sup> juill. 1933, n° 52). On donne 3 grammes par jour de chlorure d'ammonium et un régime acidifiant (pain, pâtes, riz, sucreries, viandes, graisses, etc.).

Novembre 1933 : Aucun changement sous l'influence de ce traitement. La calcémie s'est élevée : elle est de 145 milligrammes (au lieu de 136 mg. en juin.) La malade reviendra prochainement se montrer. Nous n'avons pu la revoir.

M.<sup>r</sup> le Professeur Petges a bien voulu nous confier cette observation, qui sera complétée ultérieurement, pour nous permettre de présenter un type symptomatique net de l'affection, et surtout en raison de la coexistence de plaques de sclérodermie vraie et de lésions en gouttes.

OBSERVATION II (Résumé).

(Du mémoire de M. PETGES : *La morphée en gouttes et le white spot disease*, in *Annales de dermatologie*, 1913.)

Mme X..., née dans la Gironde, 25 ans, journalière.

Antécédents héréditaires et collatéraux lourdement chargés de tuberculose. Antécédents personnels peu chargés : s'enrhume facilement l'hiver et tousse longtemps.

Début des lésions, il y a un an et demi. Au moment de l'examen, la malade présente une éruption d'éléments lenticulaires ou nummulaires d'un blanc porcelanique, brillants, secs, résistants au toucher, siégeant sur la nuque, le cou et les régions voisines.

Le début se fait par un point corné brunâtre, péripilaire, qui grandit, blanchit et forme une macule blanche, ronde, à bords très légèrement saillants, rude et sèche au toucher, d'un blanc porcelanique frappant. Autour de ce petit élément et l'encerclant, il existe une ligne de couleur rose violacé perceptible à l'œil nu, mais surtout visible à la loupe. La peau du voisinage est saine et normale.

A un stade plus avancé, les placards acquièrent les dimensions d'une lentille. Ils sont arrondis ou ovales, parfois allongés; à limite nette, régulière, avec un « lilac-ring », qui devient brunâtre dans les plaques anciennes. Le fond est cupuliforme, de couleur blanc nacré ou porcelanique éclatante, avec quelques points cornés péripilaires plus foncés. Le grattage détache une squame parcheminée unique, laissant une sorte de godet peu profond à surface de couleur blanc rosé finement vascularisée. Sur quelques plaques, il existe plusieurs bouchons cornés (trois à six), centrés par des bouquets de poils duveteux. Au niveau des régions les plus atteintes, certains éléments tendent à la coalescence, mais sans jamais se fondre : ils restent individualisés et séparés par un minuscule espace de peau saine.

Aucun prurit. Pas de traces de lichen plan sur la peau ni sur la muqueuse buccale. Cutiréaction négative.

*Examen histologique.* — Biopsie d'une plaque récente dans l'espace interscapulaire. Colorations variées.

Epiderme : Ligne des crêtes interpapillaires unie et irrégulièrement sinueuse; couche génératrice formée de cellules basses, inégales, parfois aplaties; corps muqueux réduit à quelques assises de petites cellules serrées à filaments d'union peu visibles, à gros noyau, à protoplasma réduit; la couche cornée est le siège d'une hyperkératose épaisse; amas cornés autour des orifices pilaires.

Derme : Papilles abrasées; tissu conjonctif épaissi, densifié, formant un feutrage compact prenant mal l'éosine; le tissu élastique est raréfié, disposé en deux couches inégales : l'une superficielle dans la zone sous-papillaire, peu épaisse, formée de fibrilles minces et courtes; l'autre, plus profondément située, plus épaisse.

Atrophie des glandes sudoripares et des poils.

Vaisseaux sanguins rares et étouffés dans le tissu conjonctif. Il existe quelques petits amas isolés de cellules infiltrées dans la partie moyenne du derme, surtout autour des vaisseaux, des follicules pileux ou des glandes sébacées.

#### OBSERVATION III (Résumée).

(MM. WIESSENBACH, BASCH, MARTINEAU, SEIDMANN,  
*Bulletin de dermatologie*, 12 nov. 1931.)

#### *Morphée en gouttes conglomérées.*

Mme E... (G.), 50 ans, constate ses lésions en faisant sa toilette, et, devant leur extension, vient demander conseil six mois après.

L'examen montre dans la fosse sus-épineuse droite une plaque blanche de morphée mesurant 7 centimètres de long et 4 centimètres de large et parsemée de grains noirâtres répondant à une hyperkératose périfolliculaire plus ou moins accentuée. Le pourtour de la plaque est polycyclique par places et de couleur rose lilas. La surface est blanche, porcelanique, avec des points d'hyperkératose périfolliculaire. L'ensemble est d'une sécheresse remarquable; la consistance est ferme, scléreuse; la peau ne se laisse point plisser, mais est mobile sur les plans profonds.

En outre de cette plaque, il existe une trentaine de petites lésions disséminées, toutes semblables, réparties sur le reste des téguments

de la fosse sus-épineuse droite, empiétant sur la région sus-claviculaire et la nuque. Chaque élément est constitué par une tache blanc nacré de 2 à 8 millimètres de diamètre, très régulièrement arrondie, centrée par un orifice pileux à bord très légèrement saillant, et limitée par une ligne rose violacé, véritable *lilac-ring* en miniature. Consistance ferme et dure, mais superficiellement.

Quelques-uns de ces éléments sont disposés au voisinage de la plaque principale, séparés d'elle par des zones plus ou moins étendues de peau saine. En les comparant à la plaque, il devient évident que celle-ci est constituée par la coalescence de nombreux éléments identiques, ce qui explique le contour festonné qu'elle présente. En aucun point de la surface de la plaque on ne retrouve la moindre étendue de peau saine, comme on l'observe habituellement dans les cas de morphée en gouttes, où une partie des éléments tendent à la coalescence. Par ailleurs, aucun trouble fonctionnel; très léger prurit intermittent; les muqueuses ne présentent rien à signaler.

Aucun antécédent syphilitique; aucun antécédent tuberculeux; mais, en 1918, la malade a eu une forte grippe nécessitant un repos de vingt-huit jours au lit et laissant après elle une asthénie très marquée. En 1920, crise de rhumatisme articulaire aigu avec, peut-être, à ce moment-là, atteinte endocarditique et légers troubles de la série basedowienne.

*Biopsie dans la partie moyenne de la plaque :*

Altérations de l'épiderme : Corps muqueux réduit; couche cornée épaissie, avec amas cornés au niveau des orifices pilo-sébacés.

Derme : Tissu conjonctif épais, dense, pauvre en noyaux; le tissu élastique semble intact; les glandes sudoripares, les glandes sébacées, les poils, sont atrophiés. Les vaisseaux sanguins ont une lumière rétrécie. Quelques petits amas cellulaires sont visibles autour des vaisseaux et de follicules pilo-sébacés.

Ce sont là, réunis, tous les caractères histologiques de la sclérodermie superficielle, ou morphée en gouttes.

Le traitement appliqué (pilules de thiosinamine iodée et pommade à base d'insuline) a amené une guérison presque totale. Il en sera fait mention au chapitre du traitement.

OBSERVATION IV (Résumée).

(Publiée par MM. HUDELO, RABUT et CIVATTE  
dans le *Bulletin de dermatologie*, 1930.)

*Un cas de white spot disease.*

O... (N.), 13 ans. Début des lésions il y a huit ans. Les taches sont disséminées dans la région interscapulaire, au-dessous des omoplates, jusqu'à la région lombaire; elles abondent en avant sur les parois latérales du thorax et les flancs, au-devant de la région gastrique; on note quelques éléments sur les seins et sur la région deltoïdienne gauche.

L'éruption est constituée par des taches arrondies de la grosseur d'une tête d'épingle à une lentille. La surface est très légèrement saillante; leur coloration est d'un blanc absolument porcelanique; la peau à leur niveau semble amincie.

Au dire de la malade et de sa mère, les taches n'ont à aucun moment présenté de coloration rougeâtre ou violacée. En dehors des taches, le tégument est normal comme aspect et comme consistance.

La santé générale de la malade est excellente, aucun stigmatisme de tuberculose. Cependant, son affection débute après une rougeole suivie d'amaigrissement très marqué. B.-W. négatif. Antécédents héréditaires : père amputé pour une tumeur blanche du genou; la mère a eu une grossesse avec hydramnios.

*Examen histologique* (par M. Civatte). — L'épiderme paraît intact.

Derme : Très légère modification des couches supérieures du derme; vers le centre de la coupe les trousseaux fibreux, moins spiralés que normalement, forment un feutrage moins serré que sur les bords. Le tissu élastique est très appauvri. On trouve quelques infiltrats périvasculaires dans le corps papillaire et la partie supérieure du chorion.

### III. — *Formes cliniques de la morphée en gouttes.*

La description faite de la morphée en gouttes correspond au cas moyen; à côté, on peut trouver des variations, minimales il est vrai, mais devant être signalées.

L'évolution très lente de l'affection a été signalée, mais MM. Nicolas, Barbier et Pétouraud rapportent une observation où il s'agit d'un enfant de 9 ans, présentant à la fois des plaques de morphée et des lésions de white spot disease ayant débuté seulement depuis six mois.

La dimension de la tache de sclérodermie peut elle-même ne pas atteindre la grandeur d'une pièce de 50 centimes, mais se limiter à de petits éléments de 1 à 3 millimètres, ce que M. Gougerot appelle, dans une de ses observations, sclérodermie en gouttelettes ou ponctuée.

Mais on aura surtout en vue ici : d'une part, ce que M. Gougerot a appelé parakératose brillante, ou atrophie brillante, ou forme atypique fruste de sclérodermie, ou sclérodermie minima en gouttes sans induration; d'autre part, ce que MM. Weissenbach, Basch et Martineau ont nommé, dans l'une de leurs observations, la morphée en gouttes conglomérées.

1° L'*atrophie brillante* est la forme la plus atténuée de la série, souvent à peine visible; la morphée en gouttes est le degré le plus intense avec l'induration, la teinte blanc porcelaine, le lilac ring, etc. Ces symptômes manquent dans la forme minima de l'atrophie brillante, qui est à peine visible de face, conservant la teinte normale de la peau, sans indurations, sans lilac ring. Voici une observation résumée :

Malade âgée de 29 ans; début apparent il y a deux ans. Macules très nombreuses (200), disséminées sans ordre, « en pèlerine ». L'élément est surtout visible à jour frisant; il est arrondi ou ovalaire, de 5 à 10 millimètres de diamètre; l'épiderme conserve

sa teinte normale. Sans induration, bords nets, sans saillies, sans lilac ring. La lésion naissante est un point rosé, puis brillant, de 1 à 2 millimètres, puis il s'étale. L'évolution est très lente. L'histologie montre les lésions de la morphée en gouttes.

M. Gougerot pense qu'il s'agit là de « sclérodermie atypique sans induration, minima, en gouttes », et la rattache aux sclérodermies en gouttes ou white spot disease.

*2° Morphée en gouttes conglomérées* : L'étude clinique a montré que les lésions tendaient parfois vers la coalescence, mais sans cependant jamais l'atteindre; il persistait toujours entre les éléments une mince bande de peau saine. Ceci est vrai dans l'immense majorité des cas, mais point absolu. M. Weissenbach publie une observation où il s'agit bien de morphée en gouttes qui se présente sous deux aspects :

d'une part, un semis de lésions en gouttes caractéristiques;

d'autre part, d'une plaque sclérodermique de 7 centimètres de long sur 4 centimètres de large.

Dans la presque totalité des observations publiées de morphée en gouttes, on voit les lésions disséminées ou coexistant avec une véritable morphée en plaques, c'est-à-dire présentant les caractères particuliers de ce type, dont le principal est l'accroissement par extension progressive périphérique d'un élément unique. Dans l'observation de M. Weissenbach, la formation de la plaque est due à la coalescence de nombreux éléments en gouttes, ce qui explique la forme festonnée du contour, l'aspect, la couleur, la consistance de la surface, qui sont ceux de la sclérodermie en gouttes, et non ceux de la sclérodermie en plaque, malgré qu'il s'agisse d'une plaque au sens strict du mot.

Notons que le cas de Dreuw, cité dans le mémoire de M. Petgas, est identique à cette forme de morphée. M. Weissenbach écrit donc : « Le terme de plaque de morphée en gouttes conglomérées ou, pour abréger, celui de morphée en gouttes conglomérées, nous semble convenir pour désigner ces lésions. »

## CHAPITRE III

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

Des biopsies pratiquées au niveau des lésions et portées sous le champ du microscope après des colorations variées montrent les lésions suivantes :

1° EPIDERME. — La ligne des crêtes interpapillaires est unie et irrégulièrement sinueuse. Cette irrégularité se retrouve jusqu'à la superficie et donne des plis épidermiques surtout accusés sur la partie libre de la couche cornée.

La couche génératrice est composée de cellules basses, inégales, en palissade irrégulière, parfois aplaties.

Le corps muqueux est réduit à quelques assises de cellules serrées et dont on aperçoit difficilement les filaments d'union; le protoplasma est peu granuleux; il y a réduction du corps cellulaire et augmentation du volume du noyau. Souvent, le protoplasme est circonscrit dans les deux tiers de sa circonférence d'une large vacuole. Deux vacuoles peuvent devenir séchantes ou deux noyaux s'accoler, tant le protoplasma est réduit. La couche granuleuse est mal différenciée, peu visible, pauvre en granulations.

Une hyperkératose visible macroscopiquement se manifeste au niveau de la couche cornée, et, alors que toutes les autres lésions de la morphee ont leurs limites nettement arrêtées au bord de la plaque, l'hyperkératose semble la déborder. Au niveau des orifices pilaires, nous trouvons les bouchons cornés atteignant 1/4 de millimètre d'épaisseur et entourant un poil atrophié ou sa place.

2° DERMIS. — Les papilles sont abrasées, peu ou point visibles. On remarque la condensation, l'épaississement et

la densification du tissu conjonctif. Il se présente sous l'aspect d'un feutrage serré, prenant mal l'éosine, les faisceaux sont épais, courts, enroulés, pourvus en outre très sensibles aux colorants. Signalons la pauvreté du système vasculaire, nous y insisterons dans un instant. Sur la limite de la plaque, le tissu conjonctif prend brusquement l'aspect normal.

Moins profondes sont les modifications qui atteignent le tissu élastique. On note sa raréfaction, sa disposition en deux couches inégales : l'une, superficielle, dans la zone sous-papillaire, peu épaisse, parallèle à la ligne des crêtes, composée de fibrilles nettes, minces et courtes; l'autre, profonde, avec des faisceaux minces, nets et courts, séparés et comme dissociés par les faisceaux conjonctifs. Beaucoup d'auteurs ont trouvé un réseau élastique très appauvri, et M. Casatte insiste sur la raréfaction de l'élastine dans les couches superficielles du derme, pouvant aller pour certains jusqu'à une disparition absolue.

3° ANNEXES. — Les follicules pilo-sébacés présentent aussi des lésions bien apparentes. Leur ostium est un peu élargi en entonnoir et est le siège d'une hyperkératose modérée, mais ce bouchon corné est très aéré. L'appareil pilo-sébacé lui-même paraît normal pour certains, atrophique, surtout en ce qui concerne la partie pileuse, pour d'autres. Les glandes sébacées sont entourées d'une membrane fibreuse, épaisse. Un manchon fibreux entoure également les poil-

On remarque l'atrophie des glandes sudoripares: quelques-unes, non complètement atrophiquées, sont réduites à un cordon pelotonné.

4° Ce qui est plus important, c'est un infiltrat de cellules rondes qui existe par places autour de certains capillaires, dans la partie moyenne du derme et autour de quelques follicules pileux et glandes sébacées. On y trouve des lymphocytes, des mononucléaires, de rares polynucléaires, cellules plasmatiques et mastzellen, des noyaux allongés et fusiformes.

5° SYSTÈME VASCULAIRE. — MM. Pautrier et Woringer insistent beaucoup sur la rareté, l'atrophie et même l'absence des capillaires sanguins. Dans les papilles bien dessinées, on trouve parfois un capillaire bien formé, mais souvent il peut être réduit à une seule cellule entourant une lumière de calibre très étroit. Très souvent, au contraire, on ne voit à l'emplacement présumé du capillaire qu'une ou deux grosses cellules ne présentant plus aucune lumière. Certaines incidences de coupe permettent même de voir des boyaux cellulaires sans aucune lumière. Le réseau vasculaire sous-papillaire paraît beaucoup moins touché; les vaisseaux y sont normaux ou simplement atrésiques, étouffés quelque peu dans le tissu conjonctif. M. Pautrier a démontré que les dilatations vasculaires n'existaient qu'au stade tout à fait initial de la sclérodermie, quand elle débute par des taches rosées non encore infiltrées, et qu'on les trouvait également à la périphérie, dans la zone du lilac ring.

Signalons encore des réseaux lymphatiques réduits à des fentes peu nettes, et quelques éléments nerveux atteints de sclérose interstitielle.

En résumé, le tableau de la morphee en gouttes peut se condenser dans les lignes suivantes :

1° *Cliniquement* : Eruptions de taches lenticulaires, arrondies, blanc nacré ou porcelanique, planes ou légèrement déprimées au centre, cerclées du lilac ring, et ayant comme siège de prédilection le haut de la poitrine, les épaules, la nuque, le cou ou les régions périgénitales. Pas de prurit. Pas de lichen coexistant. Apparition chez les femmes jeunes surtout.

2° *Microscopiquement* : Légère hyperkératose; bouchons cornés possibles, mais discrets; atrophie du corps muqueux malpighien. Sclérose du derme avec papilles abrasées; densification du tissu conjonctif; diminution du tissu élastique; rares amas cellulaires autour des vaisseaux; système vasculaire nettement atrophié, et particulièrement dans la papille.

## CHAPITRE IV

### DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

---

Le tableau qui vient d'être tracé fait songer à la sclérodermie et au lichen plan scléreux.

Mais que dire tout d'abord de la morphée en gouttes et du white spot disease des anciens auteurs américains ? Il convient d'éclairer ce point en se rapportant au mémoire de M. Petges (1913) : « la plupart des cas publiés sous le nom de white spot disease sont des cas de morphée en gouttes, et il est utile, pour la clarté des mots, de réserver la dénomination imagée de white spot disease à cette affection ». M. Darier admet la même identification; M. Civate fait toutefois remarquer qu'il y a dans les traités d'histopathologie les plus récents des avis partagés, puisque M. Kyrle sépare les deux affections, tandis que M. Ganz les réunit : ceci s'explique de ce fait qu'il n'y a pas deux morphées authentiques de même aspect microscopique.

C'est donc dans l'une des deux entités cliniques : sclérodermie et lichen plan scléreux, que l'on doit essayer de classer la morphée en gouttes.

Ce chapitre comprendra cinq parties :

- 1° La sclérodermie : étude succincte.
- 2° Le lichen plan scléreux atrophique : étude succincte.
- 3° La place de la morphée en gouttes en pathologie : elle doit être rattachée à la sclérodermie; discussion.
- 4° La morphée en gouttes et le lichen plan scléreux atrophique : l'hypothèse d'une maladie lichéno-sclérodermique; discussion.

5° Le diagnostic différentiel de la morphée en gouttes avec :

- a) le lichen plan scléreux atrophique;
- b) les atrophies maculeuses;
- c) les sclérodermies secondaires en tache;
- d) le vitiligo; la lèpre.

### I. — *La sclérodermie.*

Seule la sclérodermie en plaques, appelée aussi morphée par les auteurs anglais, sera succinctement étudiée. Son début est parfois précédé de troubles vaso-moteurs : taches rouges et violacées persistantes, qu'accompagnent une légère desquamation et un léger prurit. L'établissement des plaques est lent, sans phénomènes fonctionnels, sauf parfois une sensation de raideur, de corps étrangers plaqués sur la peau. A la période d'état, l'aspect est typique; la surface de la plaque est unie, la peau est lisse et brillante; les plis épidermiques ont disparu. Au centre de la plaque, la coloration est blanche à la première période, puis elle prend une teinte cire vieillie par pigmentation anormale. Lorsque la coloration n'est pas uniforme, ce sont les parties périphériques qui restent blanches. Autour de la plaque, nous retrouvons aussi le lilac ring produit par la dilatation des vaisseaux, et disparaissant quand la lésion entre en régression. La plaque fait souvent une légère saillie qui s'efface au niveau de l'anneau; sa partie centrale est, soit plane, soit déprimée; à signaler la limitation nette des taches. Leur consistance est plus ou moins indurée, ligneuse, cartonnée ou parcheminée. Parfois, on leur trouve la même consistance que la peau, mais si on plisse légèrement le tégument, il semble moins épais par suite d'une légère atrophie du tissu cellulaire sous-cutané. Leur forme est assez régulière; les bords sont convexes, rarement sinueux ou déchiquetés; les muqueuses peuvent être intéressées. Au bout d'un certain temps, les plaques disparaissent, laissant une empreinte brunâtre ou grisâtre.

Lésions histologiques : épiderme intact ou atrophie; le derme a un tissu conjonctif hypertrophié; on y trouve parfois des amas de cellules entourant les vaisseaux sanguins; blocs de sclérose et traînées vasculaires. Le tissu élastique est conservé ou raréfié par places.

## II. — *Le lichen plan scléreux atrophique.*

Il est tout d'abord utile de signaler la confusion du terme lichen plan scléreux, qui correspond, au moins, à deux formes différentes :

- 1° le lichen plan atrophique aboutissant du lichen vulgaire, et qu'on pourrait appeler le lichen scléro-atrophique cicatriciel;
- 2° le lichen plan atrophique aboutissant du lichen porcelainé, décrit en 1916 par M. Gougerot.

### 1° LICHEN PLAN ATROPHIQUE ABOUTISSANT DU LICHEN VULGAIRE.

Il siège en n'importe quelle région du corps; cependant son siège de prédilection paraît être la nuque et les poignets. Il est caractérisé par la papule, qui en constitue l'élément typique; elle a les dimensions d'une tête d'épingle et affecte une forme polygonale. Sa surface est lisse et brillante, sa consistance rude et ferme, sa coloration est tantôt rose jaunâtre (le plus souvent), tantôt rouge fauve et violacée, tantôt ne différant pas de celle de la peau. Dans la variété qui nous intéresse, les papules s'affaissent à leur centre, qui devient cicatriciel, et elles s'étendent lentement à la périphérie pour confluer parfois avec les éléments voisins, pouvant par là prendre l'aspect de la morphee. Alors, les taches atrophiques qui en résultent sont d'une couleur blanc nacré, arrondies, polycycliques. Sur l'épiderme aminci qui les tapisse, on peut trouver des grains cornés scléreux, situés dans les orifices sudoripares et folliculaires. Les taches peuvent atteindre une certaine étendue; lorsque le proces-

sus s'est arrêté, la bordure papuleuse et l'aréole rosée qui entourent les éléments s'effacent; la cicatrice est indélébile. On peut noter la coexistence de lésions buccales de lichen plan typique. L'histologie nous montre une plaque d'atrophie scléreuse sous-épidermique, au-dessous de laquelle on peut, si l'élément est jeune, trouver un reste de l'infiltrat cellulaire limité au lichen plan, et en plus un amas volumineux de cellules. Signalons que le lichen albus de Zumbush n'est pas autre chose que le lichen plan scléreux.

## 2° LICHEN PORCELAINÉ DE M. GOUGEROT.

L'induration de l'épiderme est celle du lichen plan; la configuration et les variétés morphologiques y répondent aussi. Ce qui caractérise ce lichen, c'est sa teinte blanche brillante. Le bord est nettement tranché, un peu saillant, car toute la nappe fait papule. Parfois le lichen se prolonge dans un halo diffus rouge brunâtre; à la palpation, la plaque porcelanique est sèche et rude; on peut y découvrir de fins capillaires sanguins. L'évolution est lente et chronique. Les phénomènes subjectifs sont inconstants; le prurit est rare, les placards peuvent être douloureux spontanément ou à la pression. Des cas de transition incontestables font passer insensiblement du lichen plan typique au lichen porcelainé. Il ne s'agit ni de lichen plan typique à centre atrophique cicatriciel, ni d'atrophie cutanée.

## III. — *La place de la morphée en gouttes en pathologie.*

Telles sont les deux affections avec lesquelles on peut confondre la morphée en gouttes. Mais il est classique, depuis M. Petges, de verser les morphées en gouttes dans les sclérodermies, et de les considérer comme des sclérodermies partielles. On retrouve en effet dans la sclérodermie plusieurs caractères du white spot disease : la limitation nette des placards, leur tendance scléreuse primitive, leur atro-

phie précoce, leur blancheur éclatante, enfin leur liséré violacé et leur localisation.

L'examen histologique est aussi probant, et dans la morphée, l'absence d'œdème autour de la lésion et dans la lésion, l'absence d'infiltrats cellulaires dans le voisinage et d'amas volumineux de cellules, sont autant de raisons à apporter pour éliminer le lichen plan; nous y voyons au contraire une hypertrophie conjonctive du derme avec atrophie des vaisseaux, avec étouffement des glandes et des poils, qui sont des caractères nets de sclérodermie.

Cependant deux caractères sont communs à la morphée en gouttes et au lichen : l'hyperkératose et les bouchons cornés. M. Petges, dans son mémoire, a éliminé ces deux arguments en faveur du lichen plan, ou, plus exactement, a démontré leur peu de valeur en signalant plusieurs observations de sclérodermie atypique où l'on trouvait de l'hyperkératose et des bouchons cornés. Cela prouve que certaines sclérodermies peuvent présenter des caractères que l'on n'a pas coutume de leur attribuer; et que les deux arguments précédents ne peuvent empêcher la réunion de la morphée à la sclérodermie, puisqu'il existe des cas de sclérodermie indiscutable, avec présence de zones hyperkératosiques. De plus, l'existence de bouchons cornés péripilaires, que l'on trouve communément dans le lichen plan, ne saurait d'ailleurs infirmer cette thèse, puisqu'on en signale sur des plaques sclérodermiques.

Dans les observations recueillies, très souvent la morphée en gouttes s'accompagnait de lésions de sclérodermie en plaque; soit que la plaque provienne de la coalescence de plusieurs taches de morphée, soit qu'elle débute par un point qui s'étend, ce dernier cas étant le plus fréquent.

M. Civatte examine au microscope un grand nombre de coupes de morphée en plaque, et insiste sur les divergences d'aspect histologique. Il trouve un épiderme tantôt intact, tantôt atrophié; un tissu élastique normal, ou plus dense que normalement, ou raréfié au moins par places. Ce serait

une question d'âge de la lésion et de profondeur de la coupe. En général, on trouve des lésions plus nettes dans l'hypoderme que dans le derme, et M. Civatte conseille de faire des biopsies profondes et larges. Dans les coupes larges et profondes, on découvre presque toujours des territoires où les faisceaux conjonctifs sont gonflés, et où les fibres élastiques manquent, ou du moins sont fort morcelées; ces territoires sont centrés par un vaisseau. Ils correspondent probablement à un stade déjà avancé de l'affection; on n'y voit d'ordinaire aucun infiltrat périvasculaire, tandis qu'on en trouve ailleurs, en des points où le derme et l'hypoderme sont encore pourvus de leur réseau élastique normal. Les blocs de sclérose et les traînées périvasculaires sont situés plus ou moins profondément, tantôt aux confins de l'hypoderme, sous forme de bandes horizontales, tantôt dans le chorion, sous forme de tractus verticaux, tantôt enfin dans le corps papillaire. Quand ce dernier est scléreux, l'épiderme est atrophié aux dépens de ses couches profondes, mais bien souvent le corps papillaire reste indemne, et l'épiderme est alors intact.

Au total, la grande plaque de morphée apparaît comme faite d'un grand nombre de lésions élémentaires périvasculaires, qui débutent peut-être par un infiltrat et aboutissent au gonflement du collagène, avec raréfaction du tissu élastique, et qui laissent entre elles des zones où le derme conserve à peu près sa structure normale. Ceci admis, la tache blanche de white spot disease peut être considérée comme une de ces lésions élémentaires cantonnée dans le domaine d'un rameau communicant, et étalée en surface dans le territoire vasculaire que commande ce rameau. Si la lésion est assez importante, l'épiderme sera atteint; si la lésion est minime, l'épiderme reste intact. Le white spot disease n'est donc probablement qu'un cas particulier de morphée : une morphée réduite à une lésion très superficielle et très limitée.

#### IV. — *La morphée en gouttes et le lichen plan scléreux atrophique.*

Après cette étude, on serait tenté de croire que le diagnostic entre la morphée en gouttes et le lichen plan scléreux est d'une grande facilité, et qu'il est aisé de rattacher la morphée à la sclérodermie; nous avons cette impression parce que nous prenons des cas typiques; il n'en est pas toujours ainsi, et, comme le montre M. Petges, il existe des observations de lichen plan atrophique se rapprochant de la morphée. Ceci a été mis en relief par Stowers (1896), qui en a décrit un cas sous le nom de *lichen planus morphœicus*. On ne transcrira pas ici ces observations; elles figurent dans le mémoire de M. Petges, et chacune d'elles est suivie d'une courte critique; signalons cependant que, par une étude délicate, le diagnostic peut très souvent être fait, mais qu'il peut aussi être subtil dans certains cas.

Ce chapitre ne peut être clos sans signaler l'hypothèse récente de M. Gougerot : celle d'une maladie lichéno-sclérodermique.

Déjà, en 1930, M. Gougerot publie l'observation d'une malade de 21 ans, qui présente de la sclérodermie en plaque, de la sclérodermie en gouttes, et, dans la région inter-scapulaire, une plaque, ou mieux un archipel de nombreux petits éléments ressemblant à du lichen plan atrophique par les caractères suivants : petitesse des éléments : 1 à 3 millimètres, forme polygonale de certains, disposition linéaire de quelques-uns, tendance très nette à former des réseaux; par ailleurs, ils conservent tous les caractères des autres plages sclérodermiques. Cette observation soulève donc la question des rapports pouvant exister entre la sclérodermie et le lichen plan atrophique.

Puis, tout récemment, en comparant deux cas de « lésion scléro-atrophique familiale du gland avec dilatation des capillaires sanguins et lymphatiques », avec une observa-

tion de « lichen plan circiné atrophique du gland », qui lui paraît présenter un terme de transition, M. Gougerot émet l'hypothèse de l'existence d'une maladie lichéno-sclérodermique. M. Pautier combat cette hypothèse et fait remarquer que le raisonnement de M. Gougerot aboutit à des conclusions inadmissibles, puisqu'il doit « assimiler rapidement deux affections parce qu'elles ont la même topographie, tandis qu'elles présentent une symptomatologie différente. »

M. Pautrier proclame ensuite l'autonomie de la dermatose lichen plan. Il conçoit cependant que le terrain ait des limites difficiles à préciser quand il s'agit de lichen plan scléreux et de white spot disease, mais il pense qu'une analyse serrée des caractères cliniques et histologiques puisse, dans la plupart des cas étudiés, permettre un diagnostic exact. Il termine en disant : « Nous devons nous efforcer de préciser les éléments de ce diagnostic, au lieu de nous contenter de l'hypothèse trop facile de confondre en une seule et même maladie deux affections aussi manifestement différentes que les sclérodermies et le lichen plan, l'une affection pure du collagène, l'autre affection à histologie cellulaire si particulière. »

#### V. — *Diagnostic différentiel.*

On le fera avec :

- a) le lichen plan;
- b) les atrophies maculeuses;
- c) les sclérodermies secondaires en taches;
- d) le vitiligo; la lèpre.

a) LE LICHEN PLAN. — La morphée en gouttes, rattachée à la sclérodermie, peut-elle être en général différenciée du lichen plan atrophique ? La difficulté qui existe parfois pour atteindre le diagnostic a été signalée; mais, le plus souvent, la morphée en gouttes et le lichen plan scléreux ont des caractères différentiels nets, qui permettent de les dis-

tinguer malgré leurs points communs. La constatation, soit de lichen typique, soit de sclérodermie, aide beaucoup; la question de terrain doit aussi être prise en considération : état nerveux, prurit. Enfin, un examen histologique soigné permet souvent de lever tous les doutes. M. Petges a résumé et schématisé ces caractères différentiels cliniques et histologiques; nous lui demandons l'autorisation de les transcrire.

*Sclérodermie en gouttes :*

1. Sujets atteints : surtout jeunes filles ou jeunes femmes; pouvant atteindre parfois des femmes plus âgées et rarement les hommes.
2. Antécédents héréditaires ou personnels fréquemment entachés de tuberculose; maladies infectieuses antérieures : rougeole, coqueluche, etc.
3. Pas ou peu de prurit.
4. Localisation la plus fréquente au cou, à la nuque, sur les épaules, le haut de la poitrine.
5. Lésions discrètes rondes ou ovales, peu nombreuses; petit nombre des points d'attaque; pas de tendance à la coalescence.
6. Peau voisine saine sans transition.
7. Contour net, régulier. Liséré périphérique rose violacé.
8. Fond déprimé en cupule dès le début, doux au toucher.
9. Couleur blanc éclatant, nacré, porcelanique ou ivoire.
10. Pas de quadrillage ni d'état plissé de la surface.
11. Dépressions punctiformes et bouchons cornés rares ou discrets.
12. Atrophie circonscrite précoce, consécutive à des lésions planes ou peu saillantes, cupuliformes dans le fond.
13. Coexistence possible signalée de sclérodermie en bandes et en plaques.
14. Sclérose du derme, avec rares amas cellulaires autour des vaisseaux ou des follicules. Hyperkératose et bouchons cornés possibles, mais discrets. Atrophie du corps muqueux malpighien.

15. Résistance très prolongée aux agents thérapeutiques. Atrophie peu accusée après la guérison.

*Lichen plan scléreux atrophique :*

1. Sujets âgés généralement de plus de 35 ans.
2. Antécédents arthritiques, nerveux.
3. Prurit fréquent.
4. Localisations très variables.
5. Lésions multiples; nombreux points d'attaque; tendance au groupement, à la coalescence.
6. Poussière papuleuse sur les bords, avec parfois papules typiques de lichen plan.
7. Contours irréguliers, limites imprécises. Absence de liséré ou liséré rose clair (Hallopeau).
8. Lésion saillante, papuleuse, rugueuse au début et à la période d'état.
9. Couleur fauve, brune, foncée à la période d'état, blanchâtre à la période d'atrophie.
10. Surface quadrillée avec exagération des plis.
11. Surface criblée de dépressions punctiformes et de bouchons cornés.
12. Atrophie circonscrite secondaire à des lésions papuleuses.
13. Coexistence fréquente de lichen plan cutané ou buccal.
14. Infiltration cellulaire épidermo-dermique; hyperacanthose; bouchons cornés très nombreux.
15. Guérison relativement facile, avec atrophie cicatricielle.

Le lichen porcelanique de M. Gougerot, décrit antérieurement, et qu'on rattache au lichen, dont il constitue une très curieuse variété, peut lui aussi être confondu avec une morphée en gouttes à ses débuts. Cependant, dans cette forme de lichen, la teinte n'est pas exactement semblable, ni pour la nappe centrale, ni pour le liséré rouge; de plus, on retrouve chez lui la papule typique du lichen plan, et les bords en sont souvent déchiquetés, alors qu'ils sont nets dans la sclérodermie et la morphée en gouttes.

Après avoir traité cette question primordiale du diagnostic entre la morphée en gouttes et le lichen plan, abordons d'autres diagnostics différentiels d'un ordre secondaire.

b) ATROPHIE MACULEUSE (*anétodermies de Jadassohn*). — Le terme d'atrophie maculeuse désigne une affection classée par M. Darier dans la catégorie des atrophies cutanées dites idiopathiques. Son cadre est mal défini; le plus grand nombre des atrophies maculeuses fut classé par Jadassohn, en 1891, sous le nom d'anétodermie érythémateuse; il s'agit d'une éruption disséminée de taches atrophiques. Pour abréger, disons que leur coloration va du rouge violacé au blanc nacré; leurs contours sont nettement marqués par le changement de teinte et par la dépression de la peau. L'épiderme se plisse au moindre mouvement à leur surface. L'ensemble du tégument a une consistance pâteuse et souple, toute particulière au niveau des taches, qui donnent l'impression de trous creusés dans le derme; leur mollesse contraste avec la consistance ferme des taches atropho-scléreuses, dans lesquelles rentrent le lichen plan et la morphée. A noter que la zone d'envahissement de la plaque peut être marquée par un cercle rosé. Si ce dernier caractère peut donner le change avec la morphée, il faut avouer que rien, par ailleurs, ne saurait prêter à confusion; la couleur blanche même des taches n'est pas un obstacle au diagnostic, vu la différence qui doit être perçue au palper.

c) SCLÉRODERMIES SECONDAIRES EN TACHES. — Dans une publication, MM. Payenneville et Cailliau rapportent quelques cas cliniques d'atrophie scléreuse cutanée. Ces cas ne sont pas absolument superposables dans leur aspect clinique, mais leur évolution aboutit à une lésion cutanée à peu près semblable cliniquement et histologiquement. Les biopsies ont montré des lésions à peu près semblables, rappelant celles du white spot disease; ceci confirmerait ce qu'écrivait M. Darier à propos des atrophies scléreuses en taches : « Il est plus que probable que ce syndrome ne constitue pas une affection univoque. » Aussi MM. Payenneville et Cailliau pense-

raient que les mêmes facteurs individuels, qui sont capables de produire de l'atrophie scléreuse d'emblée, peuvent, en agissant d'une façon analogue, reproduire secondairement les mêmes lésions histologiques que dans l'atrophie scléreuse primitive, et cela dans des cas cliniques assez différents. Mais cette question sera étudiée plus loin (chapitre de la pathogénie).

d) Pour terminer ce chapitre du diagnostic différentiel, signalons encore deux affections : le vitiligo et la lèpre.

LE VITILIGO. — Dans un article de Bunch, il s'agissait d'une fillette ayant subi, à l'âge de 6 ans, une épilation par les rayons X, et qui présentait depuis une ou deux plaques dépigmentées sur le corps. Au centre de ces taches, se trouvait une papule très pigmentée ressemblant à un nævus pigmentaire; c'est ce qui faisait la particularité du cas. Mais ici le diagnostic avait été hésitant entre vitiligo, sclérodermie en gouttes et lichen plan atrophique (ce dernier a été éliminé, car on ne trouvait nulle part des papules de lichen plan). D'ailleurs, dans cette observation, il n'est pas fait mention du caractère des plaques; on ignore si elles ont un aspect lardacé, un lilac ring; de plus, l'histologie, qui serait de première importance, fait défaut.

LÈPRE. — Nous avons lu un article de MM. Milian et Delarue : *Morphœa atrophica, son origine lépreuse possible*. On a vu que la guérison des lésions de morphée créait des lésions de couleur blanc mat, atrophiques, lisses, dépilées, cupuliformes, souples et douces. C'est cet aspect que l'on convient d'appeler morphée atrophique; dans l'article en question, on tend à l'assimiler à la lèpre. Ici encore, un examen histologique serait souhaitable, et la présence de bacilles de Hansen constituerait un argument majeur qu'on ne peut fournir. Rappelons aussi que, dans la morphée atrophique, l'anesthésie n'existe pas; les autres signes de lèpre : rhinites, lépromes, etc., ne semblent pas avoir été observés; ce qui rend la question de lèpre très douteuse.

## CHAPITRE V

### ETIOLOGIE — PATHOGENIE

---

#### I. — *Étiologie.*

L'étiologie de la morphée en gouttes, de même que sa pathogénie, restent obscures. Cependant il est permis de chercher à savoir quelles sont les causes de l'affection dans le plus grand nombre des cas.

Faisons de nouveau remarquer que le terrain le plus habituel de la morphée en gouttes se trouve chez des jeunes filles ou des femmes jeunes; l'affection se rencontre surtout entre 15 et 35 ans; dans les antécédents des malades, il est fréquent de trouver des accidents d'origine bacillaire.

M. Petges se demande, dans son travail, « s'il ne s'agit pas là d'un processus tuberculeux, non point dans le sens de tuberculose locale, mais, comme l'entend Poncet, dans le sens de tuberculose inflammatoire ». Cet auteur signale que l'idée d'une origine tuberculeuse de la sclérodermie n'est pas nouvelle, et il en rapporte trois cas observés avec Cléjat. Très souvent, dans les observations de morphée en gouttes recueillies, la cicatrice de la biopsie est devenue chéloïdienne. On ne constate parfois aucun signe de tuberculose, mais les antécédents de la malade peuvent montrer une maladie infectieuse quelconque à forme grave. Dans une observation de M. Hudelo, il s'agit d'une fillette de 13 ans, qui voit les lésions débiter après une rougeole grave suivie d'amaigrissement; la cicatrice de la biopsie est deve-

nue chéloïdienne; le père avait été amputé pour une tumeur blanche du genou; mais disons aussi les bons effets, chez elle, de l'opothérapie thyroïdienne. Chez une malade de M. Weissenbach, on trouve dans les antécédents : une forte grippe nécessitant un repos au lit de vingt-huit jours et laissant de l'asthénie et de l'amaigrissement; de plus, du rhumatisme articulaire aigu avec atteinte de l'endocarde, et des troubles basedowiens.

M. Milian étudie histologiquement des taches blanches ponctuées; il trouve un infiltrat périfolliculaire important et dit que la genèse de ces taches paraît être une périfolliculite due à un germe jusqu'alors inconnu, qui entraîne à son voisinage une dépigmentation d'abord, puis une véritable sclérodermie.

Wilfrid Fow nous cite un cas de white spot apparaissant sur l'emplacement de brûlures solaires. Il est possible, ici, que le soleil n'ait été qu'une cause favorisant la localisation des lésions.

Au point de vue des glandes endocrines, les opinions les plus variées et les plus contradictoires ont été formulées par les divers auteurs qui se sont occupés de cette question : toutes les glandes ont été incriminées à tour de rôle.

La glande thyroïde est, le plus souvent, incriminée, mais s'agit-il d'un hyper, d'un hypo ou d'un dysfonctionnement ?... On ne peut se prononcer. Ainsi Grütz voit une morphée en gouttes chez une malade ayant une hypertrophie de la thyroïde; Bunch publie un article sur la coexistence du goitre exophtalmique et de la sclérodermie; Dawis signale des lésions scléro-atrophiques du type morphée évoluant depuis dix-huit mois chez une femme atteinte de myxœdème depuis quatorze ans, et prenant régulièrement des comprimés de thyroïdine; dans un cas de M. Payenneville, la malade avait des signes d'insuffisance thyroïdienne : frilosité, hypotension, rareté du sourcil, instabilité nerveuse.

Que dirons-nous du rôle des parathyroïdes ? Elles ont, à n'en point douter, un rôle dans le métabolisme du cal-

cium. M. Leriche, par la microméthode de Hirth, trouve une teneur normale du sang en calcium de 0,093 en moyenne, avec comme limites 0,085 et 0,100. Or, cet auteur, dans les cas de sclérodermie, trouve toujours une hypercalcémie. En mai 1929, MM. Pautrier et Zorn trouvent 6 fois, sur 10 cas, de l'hypercalcémie. Il serait heureux que cette recherche soit faite systématiquement dans tous les cas de morphée en gouttes; nous n'avons pu relever que le cas de M. Pautrier, où elle était de 0,103, et celui de la malade de M. Petges dont nous publions l'observation, où elle était de 0,136, puis de 0,145. M. Leriche, en 1932, donne le résultat de trois opérations parathyroïdiennes dans la sclérodermie : l'apparence histologique des parathyroïdes enlevées est anormale; la calcémie a été ramenée au voisinage de son taux normal; amélioration clinique.

Ajoutons, enfin, que M. Kuré et ses collaborateurs ont montré que chez le sclérodermique le nombre des cellules parasympathiques de la moelle est inférieur à la normale, que les fibres parasympathiques sont moins nombreuses dans les racines postérieures, que les nerfs sensibles efférents trophiques présentent des signes de dégénérescence.

Donc, tour à tour, tuberculose, maladies infectieuses, troubles glandulaires, troubles nerveux et même traumatismes sont invoqués. Mais l'étiologie primordiale tuberculeuse semble la plus fréquente.

## II. — *Pathogénie.*

Nous allons maintenant, avec l'aide de tous les faits recueillis chez les divers auteurs, tenter d'élaborer une synthèse pathogénique.

On a vu que M. Civatte, après de nombreuses études histologiques, considérait la tache de white spot disease comme la lésion élémentaire de la sclérodermie, lésion cantonnée dans le domaine d'un rameau communicant et étalée en surface dans le territoire vasculaire que commande ce

rameau. Aussitôt deux questions se posent : quel est le *primum movens* de cette lésion élémentaire ? Quelle en est son évolution ?

1° Quel est le « *primum movens* » de cette lésion élémentaire ?

Nous l'avons dit au cours de ce travail, le *début* de l'affection paraît être une vaso-dilatation des artérioles et des capillaires dans le domaine intéressé; le lilac ring lui-même ne représente-t-il pas la zone d'accroissement de la tache de white spot ? Nous savons qu'il disparaît presque toujours dans les lésions anciennes alors que l'évolution est arrêtée. A quoi est dû ce trouble trophique ? Il faut considérer de plus en plus les liens étroits qui s'affirment entre la médecine interne et la dermatologie, et les sclérodermies en particulier. Les auteurs s'accordent, en général, pour reconnaître que cette dernière est sous la dépendance du système nerveux; mais par quel mécanisme ? Action directe des centres cérébraux ou médullaires ? Troubles sympathiques purs ? Altérations endocrino-sympathiques ? Troubles parasympathiques signalés par Kuré, par Hercog ? Rappelons que toutes les glandes endocrines ont été incriminées et signalons les rapports étroits qui s'affirment de jour en jour entre le système endocrine et le système neuro-végétatif. Aussi M. Malossi est-il enclin à attribuer le rôle prépondérant au système neuro-végétatif en particulier, qui tient sous sa dépendance la sécrétion des diverses glandes endocrines, et ainsi pourrait s'expliquer la diversité des résultats observés, qui tiendrait à l'action du système nerveux, s'exerçant tantôt sur une glande tantôt sur une autre. Faut-il maintenant rapporter ce trouble nerveux à une action tuberculeuse ? Nous pouvons le supposer, mais point l'affirmer. Et nous pouvons dire que telle fibre lésée donnera, par action sur les artérioles et les capillaires, une lésion trophique à tel endroit du revêtement cutané. Il est aussi possible que la sclérodermie relève d'un mécanisme

vasculo-nerveux, sous la dépendance des troubles des glandes endocrines, qui eux-mêmes peuvent reconnaître une origine infectieuse, toxinique ou toxique.

2° *Quelle est l'évolution de cette lésion élémentaire ?*

Il faut reprendre un article de MM. Payenneville et Cailliau (1929), qui étudient les transformations du tissu conjonctif au cours des scléroses et atrophies cutanées.

Dans les lésions naissantes, on note une vaso-dilatation constante des artérioles et des capillaires. Le plasma transsude, précipite, et prend l'aspect d'un exsudat fibrineux qui dissocie les fibres collagènes. Cette fibrine forme des taches floues (colorant de Weigert) au sein desquelles sont emprisonnés les éléments sanguins diapédétiques. Les cellules fixes de la région résorbent graisse, collagène, élastine. Bientôt tous les éléments cellulaires déshabitent le sein de l'exsudat, qui se transforme en réseau fibrineux, anhisté, homogène, vasculaire; ce réseau s'accroît et se modèle. Il ne tarde pas à subir l'évolution collagène; alors seulement, la tache fibrineuse est réhabitée par des cellules : les fibroplastes. Il y a une véritable transformation sur place du réseau fibrineux; souvent des trajets vasculaires apparaissent au sein de cette fibrine en évolution; leurs parois paraissent fibreuses avant d'être collagènes (fibrine canalisée de Weigert).

Dans les lésions anciennes, le collagène a succédé à la fibrine; des cellules sont venues l'habiter; il y a des néovaisseaux nourrissant ce tissu nouveau de cicatrice riche en fibrilles, en fibroblastes, souvent rétractile. Ce tissu, comme les substances fondamentales, semble dû à l'action de sécrétions cellulaires : sécrétion des fibroblastes. Mais, nous l'avons vu, la tache cellulaire avait été déshabitée au début; sa transformation ultérieure semble donc résulter de l'action des substances sécrétées par les cellules des tissus voisins : il s'agit donc d'une métamorphose, et non d'un métabolisme.

Mais si la substance fondamentale peut se scléroser sous

l'influence de ferments coagulants, elle peut, inversement, s'atrophier, dégénérer ou disparaître, sous l'influence de ferments protéolytiques. De même, une tuberculose caséuse due aux ferments protéolysants est opposable à une tuberculose fibreuse.

Les deux auteurs précités rappellent que Marinesco a signalé la présence de ferments divers dans les centres nerveux, les nerfs myéliniques et amyéliniques, dans les ganglions sympathiques; et surtout dans les cellules malpighiennes, les corpuscules de Wagner-Meissner, de Pacini, dans les extrémités motrices et sensitives. Fiessenger montre la richesse en ferments des leucocytes; on en trouve encore dans les cellules conjonctives mobiles et dans les cellules réticulaires.

Mais si les cellules ont une action sur la trame, inversement la trame exerce une influence de retour sur les cellules, qui ont contribué à l'élaborer : on a un véritable état d'équilibre. Et MM. Payenneville et Cailliau considèrent la matière vivante comme l'association de deux éléments : les micelles d'une part, le milieu qui les contient d'autre part; des ferments agissent sur ces deux éléments. A l'état normal il y a équilibre. Si un ferment devient prédominant, l'équilibre est rompu et l'on aura (hypothèse) : sclérodermies si les ferments coagulants dominent; anétodermies si les ferments protéolysants dominent.

CONCLUSION. — Il semble donc qu'on doive envisager : d'une part, des troubles du système neuro-végétatif et endocrinien; d'autre part, des troubles tissulaires.

Les troubles humoraux relèvent, en partie, des insuffisances glandulaires; insuffisances liées étroitement à des troubles du système neuro-végétatif, et entraînant une viciation du milieu intérieur.

Les troubles tissulaires seraient dus à une élaboration exagérée, déficiente ou perturbée des ferments cellulaires. Comme le font remarquer MM. Payenneville et Cailliau, on pourrait envisager le tégument comme une gigantesque

glande (4 kg. environ) à sécrétion diastasique, dont le fonctionnement, troublé au cours des états pathologiques, pourrait jouer un rôle considérable dans les dermatoses.

M. Pautrier, dans une série d'articles, a essayé de mettre en évidence la pathologie spéciale du tissu conjonctif, pathologie qu'on peut observer avec une facilité particulière au niveau de la peau. Cet auteur arrive à concevoir les atrophies cutanées, les états sclérodermiques, les chéloïdes, comme une série d'affections représentant différents troubles du métabolisme du tissu conjonctif. Sous l'influence de changements du régime circulatoire, sous l'action d'apports plus ou moins abondants de certaines substances chimiques véhiculées par le sang, il se produit des modifications physico-chimiques de la substance colloïdale interstitielle, pouvant comporter le dépôt de substances chimiques, spéciales, albuminoïdes ou minérales, parmi lesquelles le calcium paraît jouer un rôle prédominant.

---

## CHAPITRE VI

### TRAITEMENT

---

L'étiologie et la pathogénie restant obscures, le traitement, lui aussi, est incertain.

On envisagera un traitement général et un traitement local.

1° Le traitement général peut être symptomatique, étiologique, pathogénique.

*Symptomatique.* — C'est le traitement antisléreux. On peut employer les iodures et la thiosinamine. Voici un cas de morphée en gouttes de M. Weissenbach : prise quotidienne, par voie buccale, à chacun des trois repas, d'une pilule de 5 centigrammes de thiosinamine iodée (iodéthylallyl-thiocarbamide) sans interruption; et onction quotidienne des lésions à l'aide d'une pommade à base d'insuline au taux de 0,35 p. 100; en un mois, l'extension des lésions s'est arrêtée, le lilac ring s'est effacé partout; un mois plus tard, les lésions disséminées ont disparu, sans cicatrices ou presque; la plaque de morphée en gouttes conglomérées que présentait la malade a pris une consistance plus souple. Dix mois plus tard, il ne persiste qu'une plaque blanche, absolument souple, légèrement atrophique, encore parsemée de points cornés, mais extrêmement petits.

*Etiologique.* — C'est le traitement anti-infectieux : traiter la tuberculose, la syphilis, le rhumatisme articulaire aigu, etc.

*Pathogénique.* — C'est le traitement soit du système nerveux, soit des glandes endocrines. Hercog, qui pense que la

scélérodermie est liée aux lésions des fibres trophiques parasympathiques, emploie chez l'une de ses malades, avec un plein et rapide succès, de la pilocarpine en injections sous-cutanées (0 g. 20 d'une solution à 1 p. 100 tous les jours) et en pommade (1 g. d'une pommade à 1 p. 100).

Mais c'est surtout l'opothérapie qui a été le plus fréquemment employé. En se basant sur les observations recueillies, on constate que l'opothérapie thyroïdienne donne souvent d'heureux résultats, pouvant aller jusqu'à la régression des lésions de white spot. L'opothérapie polyglandulaire est la plus employée. On utilisera chez la femme : thyroïde, hypophyse, surrénale, ovaire (T. H. S. O.); et chez l'homme : thyroïde, hypophyse, surrénale, testicule (T. H. S. T.).

Se basant sur l'hypercalcémie, M. Leriche agit chirurgicalement sur les parathyroïdes et obtient parfois des succès.

Signalons, enfin, le traitement des sclérodermies de L. Leriche et A. Jung : 3 grammes par jour de chlorure d'ammonium, avec un régime acidifiant. Cela dans le but d'augmenter l'élimination du calcium chez le malade.

2° Comme traitement local, signalons (en mettant de côté les pommades les plus diverses) : la radiothérapie, l'électrolyse, l'ionisation iodée (procédé Bourguignon), les rayons ultra-violets, l'étincelage de haute fréquence, etc.

Nous terminerons en transcrivant ce que dit M. W. Dubreuilh au sujet de la morphee : « J'en conclus que la maladie guérit toute seule à un moment donné et qu'on est porté à attribuer la guérison au traitement qui est en cours à ce moment-là. »

---



## CONCLUSIONS

---

I. — Les auteurs français désignent sous le nom de morphée en gouttes une variété de sclérodermie circonscrite superficielle, encore appelée par l'Ecole américaine « white spot disease ».

II. — La morphée en gouttes est une variété de sclérodermie et non une forme de lichen plan scléreux atrophique avec lequel la confusion est facile.

III. — Dans la morphée en gouttes, l'existence de dépressions punctiformes, d'hyperkératose et de bouchons cornés est compatible avec le diagnostic de sclérodermie; l'association de white spot disease et de sclérodermie typique est assez fréquente.

IV. — L'hypothèse d'une « maladie lichéno-sclérodermique » ne repose pas sur des bases suffisantes pour être encore admise; l'histologie des lésions, associée aux caractères cliniques, permet toujours de séparer la morphée en gouttes du lichen plan scléreux atrophique.

V. — L'étiologie de la morphée en gouttes est obscure; on incrimine souvent la tuberculose, parfois des maladies infectieuses diverses et les troubles endocriniens, thyroïdiens en particulier, qui en dérivent.

VI. — La pathogénie montre qu'à côté de troubles vasculo-nerveux, il faut peut-être envisager des troubles tissulaires

et considérer le tégument externe comme une vaste glande à sécrétion interne capable de jouer un rôle dans les dermatoses selon l'hypothèse de M. Pautrier.

VII. — Le traitement le plus efficace semble être l'opothérapie, l'opothérapie thyroïdienne en particulier, mais surtout polyglandulaire (thyroïde, testicule ou ovaire, hypophyse, surrénale).

VU *Le Doyen,*  
PIERRE MAURIAC.

VU, BON A IMPRIMER :  
*Le Président,*  
G. PETGES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :  
Bordeaux, le 3 juillet 1934.  
*Le Recteur de l'Académie,*  
A. TERRACHER

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

### I. — Ordre alphabétique.

- BARBER. — Case of circumscribed sclerodermia associated with  
W. S. D. *Proc. Soc. of London*, 1925.
- BROCO. — La pratique médicale. La pratique dermatologique.
- BRUHNS. — Kartenblattähnliche Sklerodermie. *Dermat. Zeitschrift*,  
1932.
- BUNCH. — Morphoea guttata. *The British Journal of Derm.*, 1915.  
— W. S. D. and vitiligo, *The British Journal of Derm.*, 1918.  
— W. S. D. *Proc. Soc. of London*, 1919.
- CHARGIN. — Morphoea guttata. *New-York Academy of Medicine*,  
1924-1925.
- DARIER. — Précis de dermatologie, 1928.  
— Histopathologie des maladies de la peau d'après les travaux  
de Unna, *Ann. de dermat.*, 1895-1896.  
— Lichen plan scléreux. *Ann. de dermat.*, 1892.  
— Sur un nouveau cas de lichen de Wilson scléreux. *Ann. de  
dermat.*, 1898.
- DAWIS. — Case of W. S. D. *Proc. Soc. of London*, 1919.
- DOWLING. — Guttate sclerodermia. *Proc. Soc. of London*, 1932.
- DUBREUILH et PETGES. — Lichen plan atrophique. *Ann. de dermat.*,  
1907.
- DUBREUILH et BARGUES. — La lèpre de la Bible. *Ann. de dermat.*, 1914.
- FISCHER. — Sur une forme de sclérodermie analogue au lichen plan  
scléreux. *Archiv für Derm.*, 1911.
- FOX. — Case of Morphoea guttata. *Proc. Soc. of London*, 1921.

- GOLDSMITH. — Case of clinical morphœa with tuberculous histologie. *British Journal of Derm.*, 1929.
- GOUGEROT. — Lichen porcelanique. *Paris médical*, 1916.
- GOUGEROT, CARTEAUD et WEIL. — Sclérodermie en plaques, en gouttes, en gouttelettes (ou pointillée), forme de transition vers le lichen. *Bull. de la Soc. franç. de derm.*, 1930.
- GOUGEROT et Mlle O. ELIASCHEFF. — Atrophie brillante. *Bull. de la Soc. franç. de derm.*, 1933.
- GOUGEROT. — Hypothèse d'une maladie lichéno-sclérodermique. *Bull. de la Soc. franç. de derm.*, janv. 1934.
- GRÜTZ. — Scleroderma guttata follicularis avec hémiatrophie du visage et du corps et symptômes endocriniens. *Dermat. Zeitschrift*, 1928.
- HALLOPEAU. — Lichen plan scléreux. *Ann. de derm.*, 1889.
- Sur un nouveau cas de lichen plan atrophique. *Ann. de derm.*, 1896.
- HAZEN. — An anomalous case of W. S. D. *Journal of the American medical Association*, Chicago, 1913.
- HUDELO, RABUT et CIVATTE. — Un cas de white spot disease (morphée en gouttes). *Bull. de la Soc. franç. de derm.*, 1930.
- JAMIESON. — Morphœa guttata. *Ikonographia dermatologica de Neisser et Jacobi*, p. 199.
- JOHNSTON et SHERWELL. — W. S. D. *Journal of cutaneous diseases*, 1903.
- JULIUSBERG. — Über ode white spot. *Dermt. Zeitschrift*, 1908.
- LERICHE. — Résultats de trois opérations parathyroïdiennes dans la sclérodermie. *Bull. de la Soc. franç. de derm.*, 1931.
- LITTLE. — Morphœa guttata with arthritis. *Proc. Soc. of London*, 1921.
- Case of morphœa guttata et areata. *Proc. Soc. of London*, 1924.
- MAC KEE et WISE. — W. S. D. *Journal of cutaneous disease*, 1914.
- MALOSSI. — Sur la pathogénie de la sclérodermie. *Arch. italiennes de derm.*, 1931.
- MILIAN et DELARUE. — Morphœa atrophica; son origine lépreuse possible. *Soc. de derm.*, 1927.

- MILIAN. — Lichen plan atrophique ou mieux leucodermie atrophique ponctuée. *Bull. de dermat.*, 1909.
- MINAUD. — La morphee en gouttes. Thèse Paris, 1928.
- MONTGOMERY et ORMSBY. — White spot (morphea guttata) et lichen plan scléreux atrophique. *Journal of cutaneous disease*, 1907.
- PAYENNEVILLE et CAILLIAU. — Rapports entre le W. S. D. et les sclérodermies secondaires en taches. *Bull. de dermat.*, 1929.
- PAUTRIER. — Les rapports de la dermatite chronique atrophique, de l'anétodermie et de la sclérodermie. L'étude des troubles du métabolisme du tissu conjonctif. *Bull. de dermat.*, 1929.
- Sclérodermie, chéloïde et calcémie. *Presse médicale*, 1933, n° 18.
- Un cas de sclérodermie en bande avec W. S. D. *Bull. de dermat.*, 1929.
- PAUTRIER et WORINGER. — W. S. D. *Bull. de dermat.*, 1932.
- Contribution au diagnostic histopathologique de la sclérodermie : altérations du réseau vasculaire superficiel dans les états sclérodermiques. *Bull. de dermat.*, 1933.
- PETGES. — La morphee en gouttes et le white spot disease. *Ann. de dermat.*, 1913.
- PETGES et CLÉJAT. — Sclérose atrophique de la peau et myosite généralisée. *Ann. de dermat.*, 1906.
- PER. — Sur un cas de sclérodermie circonscrite superficielle en plaques ou morphee plane atrophique. *Bruxelles médical*, 1927.
- SAVATARD. — A case of sclerodermia guttata. *British Journal of Derm. of London*, 1921.
- SEQUEIRA. — Case of guttate sclerodermia. *Proc. Soc. of London*, 1921.
- SHERWELL. — A case of W. S. D. *Journal of cutaneous disease*, 1904.
- STOWERS. — Lichen plan atrophique. Congrès international de Londres, 1896.
- SYLVA JONES. — Sclérodermie en gouttes. *British Journal of Derm.*, 1915.

- Traité de dermatologie clinique et thérapeutique, 1933. Secrétaire général : E. SCHULMANN.
- UNNA. — Die histopatologie der Haut Kranskeiten, p. 1125.
- WEISSENBACH, BASCH et MARTINEAU. — Morphée en gouttes conglo-mérées. Guérison. *Bull. de derm.*, 1931.
- WISE. — Scleroderma (lichenoid type). *Arch. dermatol.*, 1931.

## II. — Ordre chronologique.

### AVANT 1900.

- HALLOPEAU. — Lichen plan scléreux. *Ann. de derm.*, 1889.
- DARIER. — Lichen plan scléreux. *Ann. de derm.*, 1892.
- Histopathologie des maladies de la peau, d'après les travaux de Unna. *Ann. de derm.*, 1895.
- HALLOPEAU. — Sur un nouveau cas de lichen plan atrophique. *Ann. de derm.*, 1896.
- STOWERS. — Lichen plan atrophique. Congrès international de Londres, 1896.
- DARIER. — Sur un nouveau cas de lichen de Wilson scléreux. *Ann. de derm.*, 1898.

### 1900-1910

- JOHNSTON et SHERWELL. — White spot disease. *Journal of cutaneous diseases*, 1903.
- SHERWELL. — A case of white spot diseases. *Journal of cutaneous diseases*, 1904.
- PETGES et CLÉJAT. — Sclérose atrophique de la peau et myosite généralisée. *Ann. de derm.*, 1906.
- MONTGOMERY et ORMSBY. — White spot (Morphœa guttata) et lichen plan scléreux atrophique. *Journal of cutaneous diseases*, 1907.
- DUBREUILH et PETGES. — Lichen plan atrophique. *Ann. de derm.*, 1907.
- JULIUSBERG. — Uber ode white spot. *Dermat. Zeitschrift*, 1908.
- MILIAN. — Lichen plan atrophique, ou mieux leucodermie atrophique ponctuée. *Bull. de derm.*, 1909.

1910-1920

BARGUES (VOIR DUBREUILH).

FISCHER. — Sur une forme de sclérodermie analogue au lichen plan scléreux. *Archiv für Dermat.*, 1914.

HAZEN. — An anomalous case of white spot disease. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, 1913.

PETGES. — La morphée en gouttes et le white spot disease. *Ann. de dermat.*, 1913.

DUBREUILH et BARGUES. — La lèpre de la Bible. *Ann. de dermat.*, 1914.

MAC KEE et WISE. — White spot disease. *Journal of cutaneous diseases*, 1914.

SYLVA JONES. — Sclérodermie en gouttes. *British Journal of Derm.*, 1915.

BUNCH. — Morphœa guttata. *British Journal of Derm.*, 1915.

GOUGEROT. — Lichen porcelanique. *Paris médical*, 1916.

BUNCH. — White spot disease and vitiligo. *British Journal of Derm.*, 1918.

— White spot disease. *Proc. Soc. of London*, 1919.

DAWIS. — Case of white spot disease. *Proc. soc. of London*, 1919.

1920-1925

FOX. — Case of morphœa guttata. *Proc. Soc. of London*, 1921.

LITTLE. — Morphœa guttata with arthritis. *Proc. Soc. of London*, 1921.

— Case of morphœa guttata and areata. *Proc. of London*, 1921.

SAVATARD. — Case of sclérodermia guttata. *British Journal of Derm. of London*, 1921.

SEQUEIRA. — Case of guttate sclerodermia. *Proc. Soc. of London*, 1921.

CHARGIN. — Morphœa guttata. *New-York Academy of Medecine*, 1924.

BARBER. — Case of circumscribed sclerodermia associated with white spot disease. *Proc. Soc. of London*, 1925.

1925-1930

- MILIAN et DELARUE. — Morphœa atrophica; son origine lépreuse possible. *Bull. de dermat.*, 1927.
- PER. — Sur un cas de sclérodémie circonscrite superficielle en plaques ou morphée plane atrophique. *Bruxelles médical*, 1927.
- GRÜTZ. — Scleroderma guttata follicularis avec hémiatrophie du visage et du corps et symptômes endocriniens. *Dermat. Zeitschrift*, 1928.
- DARIER. — Précis de dermatologie, 1928.
- MINAUD. — La morphée en gouttes. Thèse Paris, 1928.
- GOLDSMITH. — Cas of clinical morphœa with tuberculous histology. *British Journal of Dermat.*, 1929.
- PAYENNEVILLE et CAILLIAU. — Rapports entre le white spot disease et les sclérodémies secondaires en taches. *Bull. de dermat.*, 1929.
- Un cas de sclérodémie en bandes avec white spot disease. *Bull. de dermat.*, 1929.
- PAUTRIER. — Les rapports de la dermatite chronique atrophifiante, de l'anétodermie et de la sclérodémie. L'étude des troubles du métabolisme du tissu conjonctif. *Bull. de dermat.*, 1929.

1930-1934

- GOUGEROT, CARTEAUD et WEIL. — Sclérodémie en plaques, en gouttes, en gouttelettes (ou pointillée). Forme de transition avec le lichen. *Bull. de dermat.*, 1930.
- HUDELO, RABUT et CIVATTE. — Un cas de white spot disease (morphée en gouttes). *Bull. de dermat.*, 1930.
- LERICHE. — Résultat de trois opérations parathyroïdiennes dans la sclérodémie. *Bull. de dermat.*, 1931.
- MALOSI. — Sur la pathogénie de la sclérodémie. *Arch. italiennes de dermat.*, 1931.
- WEISSENBACH, BASCH et MARTINEAU. — Morphée en gouttes conglo-mérées. Guérison. *Bull. de dermat.*, 1931.

- WISE. — Scleroderma (lichenoid type). *Arch. Dermat.*, 1931.
- BRUHNS. — Kartenblattähnliche Sklerodermie. *Dermat. Zeitschrift*, 1932.
- DOWLING. — Guttate scleroderma. *Proc. Soc. of London*, 1932.
- PAUTRIER et WÖRINGER. — White spot disease. *Bull. de dermat.*, 1932
- Contribution au diagnostic histopathologique de la sclérodémie : altérations du réseau vasculaire superficiel dans les états sclérodermiques. *Bull. de dermat.*, 1933.
- PAUTRIER. — Sclérodermies, chéloïdes et calcémie. *Presse médicale*, 1933, n° 18.
- GOUGEROT et Mlle O. ELIASCHEFF. — Atrophie brillante. *Bull. de dermat.*, 1933.
- LERICHE et A. JUNG. — Le chlorure d'ammonium dans la thérapeutique de la sclérodémie. *Presse médicale*, 1933.
- GOUGEROT. — Hypothèse d'une maladie lichénio-sclérodermique. *Bull. de dermat.*, 1934.
-



## TABLE DES MATIERES

---

|                                                                                | Pages |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------|
| INTRODUCTION .....                                                             | 7     |
| CHAPITRE I. — <b>Historique</b> .....                                          | 11    |
| <i>Quelques remarques sur la terminologie</i> .....                            | 14    |
| CHAPITRE II. — <b>Tableau clinique de la morphee en gouttes</b> .....          | 16    |
| I. — <i>Symptomatologie</i> .....                                              | 16    |
| II. — <i>Observations</i> .....                                                | 19    |
| III. — <i>Formes cliniques</i> .....                                           | 26    |
| CHAPITRE III. — <b>Anatomie pathologique</b> .....                             | 28    |
| CHAPITRE IV. — <b>Diagnostic différentiel</b> .....                            | 31    |
| I. — <i>La sclérodermie (étude succincte)</i> .....                            | 32    |
| II. — <i>Le lichen plan scléreux atrophique</i> .....                          | 33    |
| III. — <i>La place de la morphee en gouttes en pathologie</i> .....            | 34    |
| IV. — <i>La morphee en gouttes et le lichen plan scléreux atrophique</i> ..... | 37    |
| V. — <i>Diagnostic différentiel de la morphee en gouttes :</i>                 |       |
| a) avec le lichen plan scléreux atrophique .....                               | 38    |
| b) avec les atrophies maculeuses .....                                         | 41    |
| c) avec les sclérodermies secondaires en taches .....                          | 41    |
| d) avec le vitiligo; la lèpre .....                                            | 42    |
| CHAPITRE V. — <b>Etiologie. Pathogénie</b> .....                               | 43    |
| CHAPITRE VI. — <b>Traitement</b> .....                                         | 50    |
| CONCLUSIONS .....                                                              | 53    |
| INDEX BIBLIOGRAPHIQUE :                                                        |       |
| I. — <i>Ordre alphabétique</i> .....                                           | 53    |
| II. — <i>Ordre chronologique</i> .....                                         | 58    |





